

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 39

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur TIXIER

L'appendicite aiguë
dans la
Gouttière pariéto-colique droite

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Emile BALGAIRIES

Né le 25 Février 1908, à Le Puy (Haute-Loire)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1932

L'appendicite aiguë

dans la

Gouttière pariéto-colique droite



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 39

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur TIXIER

L'appendicite aigüe dans la Gouttière pariéto-colique droite

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Emile BALGAIRIES

Né le 25 Février 1908, à Le Puy (Haute-Loire)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé, chargé de cours)
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAYY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon.)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	GUILLEMINET
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
SANTY	MARTIN (J.)	CHAMBON	REVOL (Ch.)
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	ENSELME (Ch.)
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	SEDALLIAN (Ch.)
DUMAS	GATE		

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. TIXIER, *Président* ; GABRIELLE, *Assesseur*

MM. POLLOSSON et GUILLEMINET, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

L'ADJUDANT BALGAIRIES,

tombé au champ d'honneur, le 25 août 1914, à Baccarat

A MA MERE

Sa vie, toute de labeur, constitue pour moi le meilleur des exemples. Ce modeste travail n'est qu'un bien faible hommage d'affection et de reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle a bien voulu s'imposer et qu'elle a toujours accepté en silence.

A MON FRERE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de clinique chirurgicale,

Membre associé national de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Nous avons toujours vivement goûté son enseignement chirurgical, à la fois si lumineux et si pratique. Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui en sommes respectueusement reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAVEL

Chef de clinique chirurgicale

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Lyon.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et durant toute son élaboration il n'a cessé de nous guider, nous prodiguant les conseils les plus précieux. Nous le prions de croire à toute notre respectueuse gratitude.

A NOS JUGES

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ
MILITAIRE ET DE L'HOPITAL MILITAIRE DESGENETTES

INTRODUCTION

Tout a été dit sur l'appendicite et l'on vient trop tard, depuis cinquante ans que médecins et chirurgiens ont écrit sur ce vaste sujet, pour présenter des faits nouveaux le concernant.

Notre ambition sera plus modeste. Sur 300 cas d'appendicite opérés par lui, le Docteur Clavel a pu recueillir 11 observations d'appendicite dans la gouttière pariéto-colique droite.

Nous aidant de moulages, effectués par lui, ainsi que d'expériences pratiquées à l'Institut d'anatomie de la Faculté de Médecine de Lyon, expériences faites sur le cadavre en décubitus dorsal, nous décrirons cette gouttière en indiquant ses limites et ses connexions. Des reproductions de ces moulages ainsi que des schémas dus à l'obligeance de Monsieur Colson, interne de Monsieur le Professeur Tixier, illustreront ces lignes en faisant mieux comprendre l'anatomie de la région.

Nous insisterons aussi sur la physionomie un peu particulière des abcès appendiculaires développés dans ces conditions.

Nous nous proposons enfin de rappeler quelques détails techniques dont peut bénéficier leur cure opératoire.

CHAPITRE PREMIER

1. Anatomie et rôle physiologique ***de la gouttière pariéto-colique droite***

Le cœcum et le côlon ascendant forment avec la paroi antéro-latérale de l'abdomen une sorte de gouttière, recessus de la grande cavité péritanéale : c'est la gouttière ou sinus pariéto-colique droit.

1. Constitution.

C'est un espace normalement virtuel en grande partie, le côlon distendu se moulant assez bien sur la paroi postéro-latérale de l'abdomen. Cependant, comme la plupart des diverticules de la cavité péritonéale, cette gouttière peut être distendue par le passage de liquides ou la formation d'une collection purulente. Sur le cadavre, nous avons pu facilement, par injection de bouillie plâtrée, bientôt solidifiée, mettre en évidence la constitution de cette gouttière, ses limites et ses communications avec les régions péri-

ionéales voisines (Expériences du Docteur Clavel au Laboratoire d'anatomie de la Faculté de Médecine de Lyon).

La *paroi externe* est formée par la triple couche musculaire : grand oblique, petit oblique et transverse tapissé par le péritoine pariétal.

La *paroi interne* comprend le cœcum et le côlon ascendant. Côlon adhérent et cœcum mobile, telle est la disposition habituelle. Si on soulève le cœcum mobile en l'attirant en avant, on voit se former deux replis, l'un externe (repli pariéto-colique), l'autre interne (mésentérico-cœcal de Fredet), replis limitant une fossette en partie factice, la fossette rétro-cœcale ou rétro-colique. Lorsque l'adhérence manque plus ou moins, le mésentère primitif s'étant partiellement accolé à la paroi abdominale postérieure, le côlon ascendant est suffisamment fixé pour que la région pariéto-colique garde une forme à peu près immuable. Ce n'est que lorsque le méso-côlon droit devient trop haut que la gouttière perd sa forme précédemment décrite. Mais ces cas sont trop rares pour qu'on puisse en tenir compte.

2. Limites.

En dehors c'est la paroi abdominale qui limite la région.

En avant la gouttière est ouverte, en rapport avec l'épiploon qui recouvre le bord droit du côlon.

En dedans, la gouttière est fermée dans toute la partie correspondant au côlon ascendant. Mais au ni-



FIGURE 1. — (Moulage I)

Moulage de la gouttière pariéto-colique droite vue par sa face externe.

Ce moulage montre, en haut, ses 3 prolongements sous-hépatiques, interhépato-diaphragmatique et lombaire ascendant.

En bas et en arrière on voit le point déclive sus-iliaque.

Enfin, en bas, la communication de la gouttière avec le pelvis.

Remarquer la base de l'appendice sectionné, la pointe se trouvait haut dans la gouttière.



FIGURE 2. — (Moulage II)

Ceci représente une autre variété de gouttière pariéto-colique avec appendice haut situé.

Le dispositif anatomique est celui d'un cœcum en entonnoir (variété rare).

La flèche indique la direction de l'appendice dans la gouttière.

veau du cœcum elle communique avec la cavité péritonéale.

En arrière, enfin, elle présente une forme très spéciale. Elle est limitée en haut par des muscles, plus bas par l'os iliaque doublé des éléments de la fosse iliaque interne.

La portion lombaire de la paroi postérieure, non bridée par le squelette, dessine un cul-de-sac au ras de la crête iliaque : sur le sujet en décubitus dorsal, c'est là le point déclive de la gouttière pariéto-colique (voir moulage).

3. Connexions.

Elles sont nombreuses.

L'extrémité supérieure de la gouttière est trifurquée. Elle répond à trois prolongements : le 1^{er} prolongement, lombaire, ascendant vient se mettre en rapport avec la plèvre. Le 2^e antérieur et externe est inter-hépto-diaphragmatique. Le 3^e enfin, interne, vient se mettre au contact de la vésicule et voisine avec le carrefour.

L'extrémité inférieure émet, à sa partie la plus basse un cul-de-sac sous l'arcade crurale. Au niveau du cœcum se trouvent trois prolongements d'inégale importance : l'un rétro-cœcal est contingent ; l'autre, passant derrière la dernière anse grêle, sous le mésentère, met en communication la grande cavité abdominale et la gouttière. Enfin, le troisième, le plus déclive, fait communiquer la région avec le cul-de-sac de Douglas, prolongement important, s'il en est, par sa situation.

4. Données physiologiques sur la gouttière pariéto-colique droite.

La gouttière pariéto-colique est placée à un point stratégique de la cavité péritonéale. Cette cavité comprend classiquement trois étages :

- un étage sus-méso-colique
- un étage sous-mésocolique
- un étage pelvien.

Ce couloir pariéto-colique, ouvert en haut vers l'étage supérieur, communique en dedans et en bas avec l'étage moyen et le pelvis. C'est la grande voie de communication qui suivent les liquide péritonéaux.

C'est par là, en effet, que lors de laparotomies pour perforations d'ulcères gastriques en péritoine libre, on voit couler les liquides gastro-duodénaux. C'est par là que la bile, dans les perforations vésiculaires, parfois même après certaines interventions sur les voies biliaires, fait irruption dans le grand ventre. C'est par là que remonte le suc des péritonites appendiculaires ou autres vers les régions sous-phréniques. C'est par là, enfin, que les péritonites se généralisent, ascendantes ou descendantes, d'un étage à l'autre de la cavité péritonéale. En vertu de ces faits, Wather avait proposé en 1911, le drainage des péritonites aiguës par voie sus-iliaque (1).

(1) WALTHER. — Société de chirurgie, Paris 1911.

On conçoit donc qu'un appendice placé, pour une raison ou pour une autre, dans cette région, pourra donner des abcès et des péritonites particulièrement redoutables au point de vue de leur facilité de diffusion.

Mais l'anatomie, qui nous donne les raisons de cette gravité des abcès pariéto-coliques, nous fournit le remède en même temps qu'elle nous montre le mal. Ce couloir est, au fond, facile à isoler du grand ventre ; connaissant exactement ses connexions avec les régions voisines, il sera facile, par quelques compresses ou quelques points de suture, d'oblitérer ces voies de communication, de cloisonner cette région et d'en faire, par rapport au grand ventre, une sorte de compartiment étanche.

Ce compartiment étanche sera facilement drainé, soit en avant, soit en arrière, au niveau de son point déclive sus-iliaque.

Tel est le principe de l'exclusion de la gouttière pariéto-colique.

Ce principe n'a rien de nouveau : il est appliqué, depuis longtemps au petit bassin (péritonisation haute et basse après les hystérectomies) — à la région sous-hépatique (Tixier, cholécystectomie sous-séreuse), (*Thèse de Buffé*), (Delore et Jouve),

II. L'appendice

dans la gouttière pariéto-colique droite

On sait combien sont diverses les positions que peut occuper l'appendice. Vignard, frappé de la multiplicité souvent confuse des types décrits par les auteurs, ramène à cinq ces positions.

1° *Position sous-idéale*, la plus fréquente, l'appendice ne descendant pas au-dessous du détroit supérieur.

2° *Position pelvienne*, ne différant de la précédente qu'en ce que l'appendice descend au-dessous du détroit supérieur.

3° *Positions latéro-cœcales* interne ou externe, définies par leur nom même.

4° *Position rétro-cœcale* ou postéro-cœcale, l'appendice est replié sous le ventre du cœcum et remonte le plus souvent sous le côlon ascendant, pouvant atteindre le pôle inférieur du rein droit.

5° *Position antérieure* pré-cœcale ou préiléale, très rare.

Donc, habituellement, l'appendice n'occupe pas la gouttière pariéto-colique droite. Pour qu'il s'y trouve il faut donc qu'il soit l'objet de variations dans sa longueur ou bien qu'il bénéficie d'une disposition anatomique spéciale, et c'est ce que nous allons étudier.

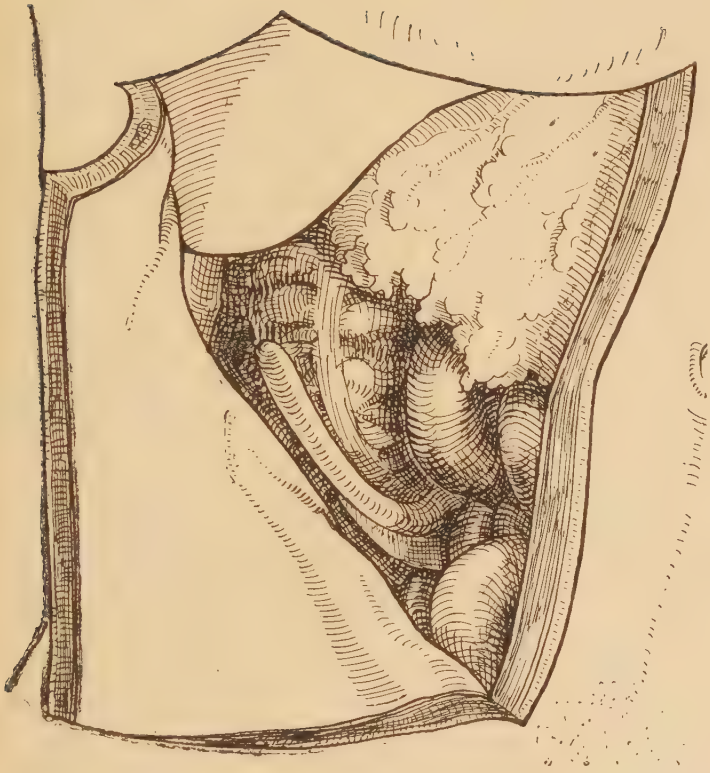


FIGURE 3. — (Schémo I)

L'appendice dans la gouttière pariéto-colique
(d'après M. COLSON).

1. La longueur de l'appendice lui permet de se trouver dans la gouttière.

C'est là le cas le plus fréquent. Dans la grande majorité de nos observations, en effet, la pointe de l'appendice était située dans la région sous-hépatique. L'appendice était alors plus long que normalement. Comment se fait ce passage de l'appendice dans la gouttière ? De deux façons :

Dans un cas l'appendice contournant le ventre du cœcum vient déboucher par sa partie externe dans la région.

Dans un second cas, c'est en rasant la face postérieure du cœcum qu'il remonte haut dans la gouttière.

Dans ces deux cas l'angle iléo-cœcal demeure à sa place habituelle, l'insertion de l'appendice se faisant ordinairement sur le bord interne du cœcum, au-dessous de l'iléon. Seule, une partie de l'appendice, après un trajet pré, sous, ou rétro-cœcal, va se montrer dans le sinus pariéto-colique.

2. L'appendice se trouve dans la gouttière en vertu d'un dispositif anatomique spécial.

Ces dispositions anatomiques un peu particulières ont été décrites par Clavel et Dargent dans le Bulletin et Mémoire de la Société Anatomique de Lyon (Travail du Laboratoire du Professeur Latarjet). Elles sont rares : chirurgicalement, Clavel ne les a trouvées que 5 ou 6 fois sur 300 cas d'appendicite.

a) Il peut s'agir d'un cœcum anormalement demeuré sous-hépatique. La gouttière est alors très haute, très postérieure et très courte, le grêle accolé, la continue en bas et la ferme en partie (Observation I).

b) D'autres fois le cœcum est bien descendu dans la fosse iliaque, mais son fond étiré en entonnoir et donnant insertion à l'appendice, est resté fixé plus haut et plus en arrière, sans doute par un accolement prématuré du méso-appendice. Dans ces cas, à l'ouverture du ventre, on trouve l'angle iléo-cœcal à sa place normale), mais pas d'appendice. Il faut, délibérément, agrandir l'incision vers le haut (voir la dernière observation) pour trouver l'appendice dans la gouttière pariéto-colique. Le fond du cœcum se continue insensiblement avec lui en passant derrière la portion mobile ou accolée du cœcum. Les vaisseaux nourriciers de l'appendice passent alors derrière le côlon ascendant.

Des dispositifs analogues de l'appareil iléo-cœcal ont été signalés dans la série animale par Kostanecki (Testut et Latarjet, tome V).

Il est facile de prévoir que des appendices de semblable situation anatomique donneront lieu cliniquement à des appendicites de symptomatologie un peu particulière et, opératoirement, à des procédés d'excès et de drainage un peu spéciaux.

CHAPITRE DEUXIÈME

Observations

Les observations que nous citons concernent des malades opérés à l'infirmerie de porte par le Docteur Clavel.

OBSERVATION I

D... Pierre, 23 ans. Péritonite appendiculaire. Opéré le 25 novembre 1930.

Symptômes :

Douleur abdominale ayant débuté, il y a quatre jours. Depuis le 24 novembre 1930, recrudescence de la douleur.

Ventre de bois. Signe du flot. θ 39, π 110.

Intervention :

A. G. éther. Incision Max Schüller. On ne trouve pas le cœcum dans la fosse iliaque droite. Pus abondant descendant de la gouttière pariéto-colique droite.

On agrandit l'incision en haut : appendice sous-hépatique perforé collé contre la paroi lombaire.

Appendicectomie. Enfouissement. Drainage lombaire et cloisonnement péritonéal par dessus (suture du cœcum au péritoine pariétal).

Une mèche. Drainage du Douglas.

Sérum anti G. G.

Suites opératoires :

Simple d'abord. Congestion pulmonaire ensuite.

Le 10^e jour on le transporte à la salle de pansement pour le présenter à une clinique : un vomissement, pouls à 110. Toucher rectal négatif.

Part guéri le 21 décembre 1931.

Revient le 15 avril 1931. E. G. excellent. Petite éventration.

Reviendra dans 3 mois pour cure.

Le 20 juillet 1931 : Cure radicale de l'éventration, sans incident.

OBSERVATION II

G... Marie-Antoinette, 15 ans. Appendicite aiguë (ascaris) opérée le 5 janvier 1931.

Symptômes :

Signes d'appendicite datant de 36 heures. Vomissements. $\varnothing$ 38,2. π 96. Point douloureux au-dessus crête iliaque.

Intervention :

A. G. éther. Incision Mac Burney, insuffisante, transformée en incision de Max Schüller.

Appendice remontant le long de la paroi externe du cœcum, presque sous le foie. Pointe libre dans la région sous-hépatique. Longueur : 15 cm. Signes d'inflammation au niveau de la pointe.

Appendicectomie partiellement sous-séreuse. Enfouissement sous trois plans, vu la très grande largeur du point d'implantation sur le cœcum.

Un drain dans le Douglas. Une mèche. Agrafes.

Suites opératoires :

Ablation du drain le 5^e jour.

Ablation de la mèche les 7^e et 9^e jours.

Suppuration de la paroi ayant nécessité l'ablation des agrafes.

Expulsion de trois ascaris le 10^e jour, après petite réaction abdominale.

Part guérie le 20 janvier.

Revue le 1^{er} février 1931 : Va bien. Légère faiblesse de la cicatrice sans éventration véritable. Pertes blanches. Toucher vaginal négatif.

OBSERVATION III

D... Renée, 7 ans. Appendicite aiguë. Opérée le 26 octobre 1931.

Symptômes :

Douleur dans la fosse iliaque droite datant de 4 ou 5 jours. Vomissements. Contracture généralisée. θ 38,7. π 100.

Intervention :

A. G. éther. Incision Jalaguier.

Liquide louche et œdème de la paroi. On croit l'appendice pelvien : on ne le trouve pas. On le cherche alors et on le sent latéro-cœcal et sous-hépatique, très haut contre la paroi lombaire.

Agrandissement de l'incision en haut, incision du péri-toine pariétal. Section première de la base. Appendicectomie sous-séreuse. Hémostase satisfaisante. Pas d'enfouissement.

Drainage : 2 mèches antérieures : cloisonnement par le cœcum. Un drain par contre-ouverture lombaire au point déclive.

Sérum anti G. G. Peau ouverte.

Pronostic sévère.

Suites opératoires :

Suites immédiates très bonnes. Gaz le lendemain. Selle le 28, θ 38.

Vu le 6 novembre 1931 (Charité). Va très bien. Apyrétique. Part guérie le 12 novembre 1931.

OBSERVATION IV

B... Renée, 2 ans. Appendicite-péritonite. Opérée le 4 novembre 1931.

Symptômes :

Péritonite d'origine appendiculaire datant de 36 heures environ. Vomissements abondants. θ 38,2. π 110. Contracture. Auscultation négative.

Intervention :

A. G. éther. Incision de Jalaguier.

Plus libre entre les anses. Appendice latéro-cœcal lombaire sous-hépatique.

Appendicectomie. Pas d'enfouissement. *Drain par contre-ouverture lombaire* ; une mèche dans l'abcès. Un drain dans le Douglas. *Fixation cœcum au péritoine pariétal pour isoler le foyer septique.*

Peau ouverte. Sérum anti G. G.

Suites opératoires :

Le 5 novembre 1931, réaction à 40 le matin. Vomissements bilieux.

Enveloppements froids. Lavement froid.

Le soir θ à 38,8.

Le 13 novembre 1931, accidents sériques.

Part guérie le 23 novembre.

OBSERVATION V

S... Fernand, 19 ans. Appendicite gangréneuse. Opéré le 21 décembre 1931.

Symptômes :

Affection datant de 48 heures. Vomissements. Mac-Burney typique. θ 38,7. π 100.

Langue sale. Contracture des plus nettes localisée à droite.

Intervention :

A. G. éther. Incision de Mac Burney.

Œdème sous-péritonéale énorme contenant du liquide vert, inodore ; peu de liquide dans le ventre. Dernière anse grêle et cæcum accolés. Appendice latéro-cœcal externe, à insertion rétro-cœcale, gangrené, non perforé.

Appendicectomy sans enfouissement.

Drainage lombaire, étant donné la situation profonde du foyer et la présence d'une escharre sur le péritoine pariétal postérieur de la fosse iliaque.

Fermeture du péritoine en avant.

Plaie ouverte. Sérum anti G. G.

Suites opératoires :

Le 26 décembre 1931. Va bien, apyrétique.

Drain enlevé.

Part guérie le 12 février 1932.

OBSERVATION VI

R... Marguerite, épouse S..., 28 ans. Abscès appendiculaire. Opérée le 22 décembre 1931.

A accouché il y a un mois.

Symptômes :

Souffre depuis 10 jours. Vomissements au début. Actuellement θ entre 39 et 40, π 110. Langue sale. Toucher négatif. Rien d'anormal du côté de l'utérus. Ventre souple, contracture très nette dans la fosse iliaque droite. Point douloureux sus-iliaque.

Intervention :

A. G. éther. Incision de Jalaguier.

Péritoine libre. On sent un énorme abcès pariéto-colique qu'on ouvre et qu'on vide à l'aspiration après cloisonnement

minutieux. Un calcul stercoral du volume d'un noyau de cerise est libre dans la cavité de l'abcès. On trouve l'appendice coupé en deux ; sa base est enlevée. Il reste probablement une partie de sa pointe qui n'a pu être enlevée.

Pas d'enfouissement. Un drain. Quatre mèches. Sérum anti G. G. (on regrette de n'avoir pas fait de drainage lombaire).

Suites opératoires :

Bonnes.

Sort le 10 janvier 1932, avec fistulette.

Revue le 30 juillet 1932. Complètement cicatrisée. Va bien.

OBSERVATION VII

D... Jean, 18 ans. Péritonite appendiculaire. Opéré le 15 mars 1932.

Symptômes :

Deux crises antérieures.

Le matin à 6 heures, douleur brutale. Vomissements. Φ 37.
 π 110. Ventre de bois.

Intervention :

A. G. éther. Incision de Mac Burney.

Pus libre, fétide, en grande quantité. Appendice pariéto-cœcal (pointe sous-péritonéale) perforé.

Appendicectomie. Enfouissement. Un drain dans le Douglas. Une mèche de péritonisation dans la gouttière pariéto-colique.

Drainage lombaire du tissu cellulaire rétro-cœcal. Tout ouvert. Sérum anti G. G.

Suites opératoires :

Abcès pelvien ouvert le 29 mars 1932

Part guéri le 15 avril 1932.

Revu le 25 mai 1932. Va bien.

OBSERVATION VIII

C..., épouse F..., 24 ans.

Abcès pariéto-cœcal. Abcès secondaire. Pleurésie purulente. Mort.

Symptômes :

Crise datant de 3 jours. Vomissements. Contracture.

A ses règles ; nourrit un enfant de 8 mois.

Point douloureux sus-iliaque.

♢ 39,6, π 110. Toucher vaginal négatif, sauf douleur provoquée à la pression du Douglas.

Intervention :

A. G. éther. Incision de Marc Burney.

Liquide abondant, louche. Appendice pariéto-cœcal perforé, entouré d'un abcès.

Appendicectomie. Enfouissement. Un drain, une mèche. Tout ouvert.

Suites opératoires :

Le 13 juin 1932, a fait des gaz, mais reste ballonnée. ♢ 38,5. Bandage compressif des seins.

Le 20 juin 1932, la défervescence n'a pas duré. La ♢ remonte à 39,5. Pas de pus dans les urines. T. V. négatif, mais on sent une collection sous-hépatique droite, dans la partie haute de la gouttière pariéto-colique. On l'ouvre par la plaie d'un coup d'index ; 200 grammes de pus bien collecté. Deux drains.

Le 26 juin 1932 : Contre-ouverture lombaire, le foyer suppuré se drainant mal.

Signes pulmonaires à la base droite. ♢ 40.

La malade présente des signes de congestion pleuro-pulmonaire droite et finit par succomber le 13 août 1932, de pleurésie purulente,

OBSERVATION IX

R... Angèle, 18 ans, Appendicite aiguë. Opérée le 4 mai 1932.

Symptômes :

Souffre depuis 3 jours de la fosse iliaque droite. Vomissements au début. θ 38,5, π 120. Douleur iliaque droite et sus-iliaque. T. R. négatif.

Intervention :

A. G. éther. *Incision de Max Schüller.*

Appendice pariéto-cœcal très long, sous-hépatique, pointe perforée.

Appendicectomie rétrograde. Enfouissement. Un drain par contre-ouverture lombaire.

Fermeture séro-musculaire. Peau ouverte. Sérum anti G. G.

Suites opératoires :

Très simples.

Sort guérie le 30 mai 1932.

Revue le 8 juin 1932. Va très bien. Pas d'éventration.

OBSERVATION X

S... Louis, 18 ans. Appendicite gangréneuse sous-hépatique. Opéré le 4 juin 1932.

Symptômes :

3 crises antérieures.

Début hier (il y a 24 heures à peine). Nausées. Légère contracture. Point douloureux sus-iliaque. θ 39, π 80.

Intervention :

A. G. éther. *Incision de Max Schüller.*

Appendice latéro-cœcal externe remontant sous le foie, angle iléo-cœcal accolé.

Appendicectomie (appendice perforé). Enfouissement.
Drain par contre-ouverture lombaire.
Un drain dans le Douglas (liquide en quantité notable).
Cloisonnement en avant avec l'épiploon et le cœcum.
Fermeture pariétale en avant. Peau ouverte.
Sérum anti G. G.

Suites opératoires :

Bonnes.
Va très bien le 15 juin 1932.
Bon état général le 20 juin 1932.
Sort guéri.

OBSERVATION XI

P... Robert-Auguste, 5 ans. Péritonite appendiculaire. Opéré le 19 octobre 1932.

Symptômes :

Douleur abdominale depuis 36 heures.
♂ 39. Ventre relativement souple. Toucher rectal négatif.

Intervention :

A. G. éther. Incision de Jalaguier.

Pus libre, malodorant. Il faut agrandir l'incision vers le haut pour trouver l'appendice dans la gouttière pariéto-colique droite, gangrené, en voie de perforation.

Appendicectomie. Enfouissement. Cloisonnement de la gouttière avec l'épiploon. Un drain. Deux mèches par l'incision antérieure.

Sérum anti G. G.

Suites opératoires :

Bonnes.

Fait sa défervescence. Part le 29 octobre 1932 pour l'hôpital Debrousse, en bon état. ♂ 37,3. Toutes les mèches ont été enlevées.

CHAPITRE TROISIÈME

Anatomie Pathologique

Les dispositions anatomiques de l'appendice décrites dans le chapitre précédent sont assez rares : nous avons trouvé seulement dix observations d'appendicite pariéto-colique sur 300 cas (Clavel). Il ne faut pas confondre ces cas avec les appendicites rétro-cœcales.

Nous ne voulons pas rappeler ici toute l'anatomie pathologique de l'appendicite aiguë, nous décrirons seulement les particularités qu'entraîne le siège pariéto-colique de l'appendice.

On peut envisager :

- les péritonites
- les abcès
- les complications anatomiques.

I. Les péritonites

Elles sont d'emblée diffuses ou surviennent secondairement en deux ou trois temps, selon l'expression de Mondor, par rupture ou extension progressive d'un

abcès. Les communications de la gouttière pariéto-colique nous permettent de comprendre comment l'infection peut inoculer à partir de là toutes les régions de la cavité péritonéale.

Les modalités de la péritonite sont :

- la péritonite septique diffuse ;
- la péritonite purulente diffuse ;
- la péritonite progressive ou à foyers multiples.

Il est un cas très particulier qui nous semble mériter d'être signalé : à l'ouverture de l'abdomen, on peut trouver du pus franc (généralement inodore), libre entre les anses, et avoir l'impression d'une péritonite généralisée. Le pus sourd également du Douglas où on l'aspire en quantité notable : cependant il est peu virulent, et l'examen cytologique et bactériologique y montre seulement de nombreux polynucléaires et peu ou pas de microbes. Les cultures de ce pus, prélevées au début d'une intervention, peuvent se montrer stériles.

D'autre part, il existe, à côté de cette péritonite apparemment diffuse, un abcès de la gouttière pariéto-colique, autour de l'appendice : abcès d'odeur fétide, à pus terriblement septique, riche en anaérobies et en germes variés d'origine intestinale.

Il faut bien se garder opératoirement de mélanger ces deux variétés de pus : le pus de la grande cavité doit être aspiré, asséché, et drainé à part au niveau du Douglas. Le pus septique pariéto-colique doit être évacué après cloisonnement soigneux par compresses et drainé au moyen de mèches après ex-

clusion de la gouttière pariéto-colique d'avec la grande cavité péritonéale.

Ce sont là des cas frontières qui sont anatomiquement des abcès et que l'on ne doit pas transformer en de graves péritonites, dont ils ont l'apparence anatomique, mais non l'évolution.

II. Les abcès (1)

La gouttière pariéto-colique est facilement isolée du grand ventre par une barrière d'adhérences que forment l'épiploon, le côlon ascendant et le côlon transverse en venant se plaquer sur le foyer inflammatoire et contre le péritoine pariétal antérieur.

L'appendicite donne lieu alors à des abcès. Nous rappellerons rapidement les modalités anatomiques et évolutives de ces abcès :

abcès haut situés

abcès bas situés

abcès à évolution intrapéritonéale

abcès à évolution extrapéritonéale

1. Les abcès haut situés :

Ils ont été bien étudiés par Lapeyre, dans son travail sur les « complications périhépatiques et pleurales de l'appendicite » (2).

(1) Thèse CHABANON. — Formes sous-péritonéales de l'appendicite, Lyon 1906.

(2) LAPEYRE. — Complications périnéphrétiques et pleurales de l'appendicite (*Revue Chirurgie*, 1900).

L'appendice dans la gouttière a sa pointe sous-hépatique et sa base pariéto-cœcale. La collection commençant d'abord par être pariéto-cœcale, parfois pariéto-colique remonte le long de cette zone jusqu'à l'angle droit du côlon et à la région sous-hépatique.

A ce niveau, la suppuration, continuant à s'étendre, donne naissance, tantôt à des abcès sous-hépatiques, tantôt et plus fréquemment à des abcès sus-hépatiques, sous-phréniques intrapéritonéaux.

Dans l'Observation I, à l'incision, le pus s'était mis à couler, descendant de l'extrémité supérieure de la région pariéto-colique. Dans l'Observation VIII, les complications pleuro-pulmonaires ont entraîné la mort de la malade.

2. *Les abcès bas situés :*

La collection primitivement pariéto-cœcale peut rester en cette position, constituant ainsi une sorte de péritonite enkystée ; l'abcès ne cesse d'augmenter. Dans l'Observation VI, à l'intervention, on sentait un énorme abcès pariéto-cœcal, avec un calcul stercoral du volume d'un noyau de cerise, libre dans la cavité de l'abcès, l'appendice coupé, sa base enlevée.

Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Tantôt, refluant au-dessous du cœcum, la suppuration vient s'étaler dans la région iléo-cœcale au point où siègent les abcès appendiculaires communs.

Tantôt, si le repli pariéto-colique est long, il se laisse distendre et l'abcès vient près de la paroi, à la partie moyenne de la crête iliaque.

En dedans, le pus peut décoller le repli mésentérique, et s'insinuant entre ce dernier et le feuillet pariétal, former une collection profondément située contre la colonne.

Souvent, suivant le plan déclive, l'abcès appendiculaire gagne le fond du bassin et vient constituer une nouvelle collection suppurée dans le Douglas. Dans l'Observation X, le pus se trouvait en quantité notable dans cet espace.

Le pus, enfin, peut également venir pointer contre l'arcade crurale (Observation VII).

3. *Evolution de ces abcès :*

La gouttière pariéto-colique étant en somme un lieu de passage, les abcès vont suivre des modes de propagation multiples. Mais il est bien évident que cette propagation revêtira un danger plus ou moins grand, suivant que l'abcès appendiculaire restera intrapéritonéal, constituant une véritable péritonite enkystée, ou au contraire tendra à devenir extrapéritonéal, d'où 2 modes d'évolution :

- une évolution intrapéritonéale ;
- une évolution extrapéritonéale.

a) *Evolution intrapéritonéale :*

C'est l'évolution la plus fréquente. Mais il est bien évident que si la collection reste renfermée dans la zone pariéto-colique, elle va prendre le type de péritonite enkystée, évolution éminemment favorable.

Si, au contraire, la collection gagne le grand péritoine, alors ce sera la péritonite aiguë à grand fracas.

Dans les abcès *haut situés*, comme nous l'avons vu, la collection à marche ascendante, gagne le foie et, plus fréquemment encore, donne naissance à des abcès pleuro-pulmonaires (Observation VIII).

Dans les abcès *bas situés*, le danger devient plus grand. Si, en effet, à son extrémité supérieure, la gouttière possède des prolongements, interhépatodiaphragmatiques, lombaire ascendant et vésiculaire, à sa partie inférieure elle débouche dans le grand péritoine.

Si donc, on peut dans certains cas (Observation VI) trouver un seul abcès pariéto-cœcal bien localisé, dans d'autres cas (Observations I, IV, VII), le pus a fusé derrière la dernière anse grêle, sous le mésentère et le liquide se trouve en quantité notable dans le grand ventre.

Enfin la collection peut, débouchant dans le Douglas, constituer, à ce niveau, une vaste poche.

b) Evolution extrapéritonéale :

Cette évolution est plus rare. Sans doute l'abcès intra-péritonéal peut fuser dans le tissu cellulaire rétro-colique en particulier. Mais il ne s'agit alors que d'une migration anormale d'un foyer de péritonite enkystée.

Ces suppurations du tissu cellulaire infecté par un abcès pariéto-cœcal sont localisées de préférence dans la zone sous-péritonéale rétro-cœcale et rétro-colique,

avec extension possible en haut ou en bas, vers la région sous-phrénique ou vers la gaine du psoas.

Mais ces modalités évolutives appartiennent plutôt à l'appendicite rétro-cœcale. L'appendicite pariéto-colique évolue plus volontiers vers le péritoine qu'elle inocule d'emblée, ou secondairement par rupture de ces abcès.

Le danger est donc du côté du péritoine, et cette notion anatomique dominera la thérapeutique.

CHAPITRE QUATRIÈME

Étude clinique de l'appendicite aiguë **dans la gouttière pariéto-colique droite**

I. Symptômes

Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie de l'appendicite aiguë pariéto-colique. Lorsque les signes ne seront pas masqués par une réaction péritonéale trop intense, nous retrouverons les signes de l'appendicite aiguë ordinaire.

Ce seront les symptômes cardinaux classiques :

- a) La triade douloureuse de Dieulafoy.
- b) Les phénomènes de réaction locale.
- c) Les symptômes généraux traduisant la toxi-infection appendiculaire.

Nous laisserons de côté les phénomènes de réaction locale et les symptômes généraux qui sont communs à toutes les variétés d'appendicite et nous envisagerons plus spécialement les symptômes douloureux.

Si, en effet, dans la plupart des observations, on retrouve la douleur, soit vague, étendue à toute la

fosse iliaque, soit plus précise au point de Mac Burney, il est un point douloureux qui, à lui seul, permet déjà de préjuger de la variété d'appendicite en cause. *C'est le point douloureux sus-iliaque.* Recherché systématiquement en effet, soit dans la forme d'appendicite aiguë simple, soit dans la forme d'appendicite avec péritonite généralisée, soit enfin dans la forme latente ou prolongée, il se montre positif. Si on le trouve, le diagnostic s'aiguille vers une appendicite aiguë un peu particulière, l'appendicite pariéto-colique et la thérapeutique chirurgicale peut d'ores et déjà s'orienter.

La recherche clinique des points douloureux mérite qu'on la décrive avec quelque soin, car elle est trop souvent négligée. Le médecin limite trop souvent ses recherches au point de Mac Burney : or, dans ces cas, le point de Mac Burney peut n'être pas douloureux, puisque l'appendice n'y est pas. Dans l'appendicite aiguë, on peut presque toujours, par la recherche de la douleur provoquée, fixer, avant l'intervention, le siège de l'appendice. Il suffit de savoir le rechercher.

Quand le point de Mac Burney est indolore, ou n'est pas nettement douloureux, il faut chercher non seulement la douleur au toucher rectal, ou à la pression dans la région ombilicale, ou vers le promontoire, il faut aussi explorer la gouttière.

Le malade est d'abord placé en décubitus dorsal, la cuisse droite légèrement fléchie : on glisse la main gauche sous le flanc, contre la région lombo-iliaque ; trois doigts de la main droite (index, médius, annulaire, et non pas index seul) dépriment *avec douceur*

la paroi abdominale antérieure. On recherche ainsi : le *point juxta-spinal* au ras de l'épine iliaque antéro-supérieure. Les doigts s'insinuent pour ainsi dire au ras de l'os iliaque, entre lui et le cœcum.

Plus bas, l'exploration est continuée le long du tiers externe de l'arcade crurale.

Plus haut, la recherche s'effectue jusqu'au ras des fausses côtes, comme on palperait le pôle inférieur d'un rein.

Le malade est alors tourné légèrement sur le côté gauche, et au ras de la crête iliaque nettement exposée, on recherche, très fortement et très haut, le *point douloureux sus-iliaque*.

Suivant le siège de l'appendice, l'exploration est positive en tel ou tel de ces points, on trouve alors, non seulement le point douloureux, mais l'hyperesthésie, la contracture musculaire pariétale et l'empâtement profond qui constituent les signes cardinaux de l'appendicite.

On reconnaît du même coup l'existence de l'appendicite et le siège de l'appendice.

II. Formes cliniques

Nous distinguerons trois formes cliniques principales :

- une forme appendicite aiguë simple
- une forme appendicite avec péritonite généralisée d'emblée
- une forme latente

A. — Forme appendicite aiguë simple :

Dans cette forme, le début est rapide. En 18, 24, 36, 48 heures, l'appendicite est installée.

Les signes généraux sont les suivants :

ϑ : 38, 38,5, 39.

π : 90, 100, 110.

Les signes fonctionnels sont ceux de l'appendicite aiguë simple, les signes physiques sont les mêmes, mais la recherche du point sus-iliaque s'impose.

B. — Forme appendicite aiguë avec péritonite généralisée :

Ici le début est un peu différent. Il peut être extrêmement rapide avec la douleur en coup de poignard et les signes classiques de péritonite. Il peut aussi être moins rapide. Après une colique appendiculaire durant quatre ou cinq jours, vers le cinquième jour survient une douleur atroce témoignant d'une atteinte péritonéale.

La symptomatologie est celle de la péritonite habituelle, mais on s'efforcera de rechercher les signes d'appendicite, on cherchera également le point douloureux sus-iliaque.

C. — Forme latente :

Dans cette forme, le début est moins brutal, élévation de température moindre, pouls lent.

Les signes d'appendicite sont moins nets, le diagnostic hésite davantage. Mais vers le dixième ou le onzième jour, une recrudescence de la température qui monte à 39, 40, l'accélération du pouls, les vomissements témoignent de la présence d'une collection suppurée appendiculaire.

La situation de cette collection peut être variable. Tantôt, et c'est le cas de la malade dont nous rapportons l'observation (Observation VI), l'abcès qui était pariéto-cœcal s'est mis peu à peu à augmenter jusqu'à devenir très volumineux et nécessiter alors une intervention immédiate.

Tantôt, les signes d'appendicite subissent une recrudescence inquiétante au onzième jour et on note alors la présence d'un abcès d'origine appendiculaire sous l'arcade crurale.

En somme l'abcès primitivement pariéto-cœcal peut avoir une évolution insidieuse pendant quelques jours pour ensuite prendre une allure dramatique inquiétante ou bien au contraire se propager.

En réalité l'évolution de cette variété d'appendicite n'est pas insidieuse, ni latente, *elle est méconnue* : si on sait en rechercher les symptômes, on les trouve très précocement. Mais souvent les signes objectifs de l'appendicite pariéto-colique se cachent au lieu de s'offrir à la palpation abdominale comme dans l'appendicite ordinaire.

III. Diagnostic

Le diagnostic est d'une très grande simplicité pour qui sait rechercher l'appendice dans tous les recoins de l'abdomen où il se cache parfois.

Quand existent des douleurs abdominales, des vomissements, de la fièvre, un pouls rapide, en somme tout le tableau fonctionnel d'une appendicite avec des signes physiques cependant incertains, il ne faut pas demeurer dans une fausse sécurité ou une dangereuse expectative. Il ne faut pas dire : mettons de la glace, demain les signes seront plus nets. Il faut se dire : l'appendice n'est pas à sa place ordinaire, cherchons-le. Et si on le cherche convenablement, on le trouvera.

On ne verra plus ainsi traiter pendant plusieurs jours, avec le diagnostic d'indigestion, d'embarras gastrique fébrile, d'entérite, etc... une appendicite qui, pendant ce temps, s'aggrave d'heure en heure.

IV. Pronostic

Ainsi le pronostic sera d'une grande bénignité.

Opérée à temps, l'appendicite pariéto-colique a des suites très simples.

Mais en fait, il est rare que ces malades soient opérés précocement, parce qu'au début l'appendicite est méconnue chez eux : c'est ainsi que, très souvent ils sont opérés le 3^e, 4^e, 6^e jour et même plus tard. Même

dans ces cas, le pronostic est bon, car les dispositions anatomiques de la gouttière pariéto-colique droite favorisent la limitation de l'infection.

Nous avons eu, cependant, à déplorer une mort, dans un cas opéré trop tardivement, chez une femme débilitée par une grossesse pénible récente et l'allaitement consécutif.

CHAPITRE CINQUIÈME

Etude Thérapeutique

1° *L'INDICATION OPÉRATOIRE :*

Elle n'est plus discutable à l'heure actuelle : à toutes les périodes de l'évolution d'une appendicite, le malade court plus de risques par l'abstention que par l'intervention.

Sitôt le diagnostic posé, l'intervention doit être effectuée d'urgence.

2° *LE BUT DE L'INTERVENTION, C'EST D'ENLEVER L'APPENDICE :*

Se contenter d'évacuer un abcès en laissant l'appendice malade en place, c'est exposer le patient à des complications multiples et graves (fistules, occlusion, péritonites, abcès à répétition) et à une réintervention presque toujours nécessaire.

Cependant, quand un abcès volumineux bombe dans la région sous-iliaque au ras de l'arcade crurale, on est tenté de l'évacuer d'un simple coup de bistouri et on peut craindre, en cherchant l'appendi-

ce à tout prix, de rompre la barrière d'adhérences protectrices et de provoquer une péritonite mortelle.

Certes, c'est là la seule conduite à tenir quand on est amené à opérer à la campagne ou à la montagne, sur place, dans une salle d'opération improvisée, un malade qui n'est pas transportable.

Mais, dans un centre chirurgical, un chirurgien de carrière, bien outillé, bien aidé, éclairé d'un scialytique, sachant manier la compresse et l'aspirateur, peut et doit savoir enlever sans danger pour son malade, un appendice entouré d'un volumineux abcès.

Ce cas se présente souvent lors d'appendicite pariéto-colique. Nous décrirons rapidement la technique opératoire à suivre.

3° *TECHNIQUE OPERATOIRE* (1) :

Incision :

L'incision doit posséder les qualités techniques suivantes :

- a) Parvenir sur l'appendice par le plus court chemin
- b) Donner un jour suffisant, pour que les manœuvres opératoires s'effectuent sans danger.
- c) Pouvoir, en cas d'imprévu, s'agrandir facilement et sans dégâts musculaires notables.
- d) Eviter les éventrations ultérieures.

(1) Cette technique opératoire, qui est suivie par le Docteur CLAVEL, est classique à Lyon, et tous les détails lui en ont été enseignés par ses maîtres TIMIER, VILLARD, DESGOUTTES.

L'incision sus-iliaque de Lecène conduit à l'appendice pariéto-colique par un chemin court. Elle est au point déclive de la gouttière et la draine parfaitement. Faite avec dissociation musculaire, elle donne peu de délabrements et n'expose guère aux éventrations.

Mais elle ne donne pas un jour suffisant : le danger est du côté de la grande cavité péritonéale, où on est exposé à rompre l'abcès sans même sans douter, sans aucune possibilité d'établir un cloisonnement par compresses. Si l'on a fait une erreur de diagnostic sur le siège de l'appendice, on ne peut agrandir cette incision sans dégâts musculaires importants. Aussi n'avons-nous pas cru devoir l'utiliser dans ces cas : à froid, elle peut rendre des services ; à chaud, *elle est une bonne incision d'évacuation d'abcès, mais non d'appendicectomie*. Nous l'avons utilisée seulement pour le drainage, sous forme de contre-ouverture.

L'incision de Roux est à éviter : elle abîme trop les muscles, bien qu'elle conduise droit sur les appendices pariéto-coliques bas situés.

L'incision de Mac Burney se montre souvent excellente, et certains opérateurs l'emploient presque systématiquement dans l'appendicectomie à chaud. Dans le cas d'appendicite pariéto-colique, elle est souvent suffisante. Mais si l'appendice est haut situé, sous-hépatique, lombaire, l'agrandissement de l'incision de Mac Burney la transforme en un Roux ou un Max Schüller difficile à bien refermer et donnant lieu parfois à des éventrations.

L'incision de Max Schüller est excellente quand elle est bien faite, c'est-à-dire quand on décale un peu en dehors l'incision du grand oblique par rapport à celle de l'intersection aponévrotique petit oblique-transverse au bord externe du grand droit. Sa disposition en chicane ainsi obtenue dans la réfection aponévrotique par suture, ou sa réparation par cicatrisation spontanée après drainage évite presque à coup sûr l'éventration.

Cette incision s'agrandit autant qu'on veut et donne un jour excellent.

L'incision de Jalaguier a les mêmes avantages, et la disposition anatomique du grand droit dans sa gaine évite les éventrations. Il faut savoir récliner et non couper les nerfs du grand droit, bien visibles.

Ces incisions de Jalaguier et de Max Schüller paraissent au premier abord mal situées pour aborder un appendice pariéto-colique, placé beaucoup plus en dehors : il n'en est rien, car ces incisions sont celles qui permettent le mieux de placer les mèches de cloisonnement du côté de la grande cavité péritonéale.

Suivant un principe général de technique chirurgicale, il faut aller droit au danger pour mieux l'éviter. On arrive par ces incisions sur le bord interne du cœcum, au point précis où un barrage étanche de compresses doit être glissé entre le foyer opératoire septique, l'épiploon, et les anses grêles qu'on ne doit point apercevoir pendant tout le reste de l'opération.

Mise en place des compresses :

Le péritoine est ouvert. Il contient ou non du pus libre. Avant de rien explorer, avant de chercher à voir l'appendice, il faut placer les compresses. Non pas une lanière de gaze, ou un tampon déployé, simulacre de cloisonnement, mais trois grandes compresses, posées avec méthode, rituellement, peut-on dire.

C'est le temps le plus important de l'opération.

La première compresse est glissée le long du bord interne du cœcum, refoulant les anses grêles, *elle est poussée jusqu'à la paroi postérieure*. La deuxième compresse refoule de même l'épiploon et le côlon transverse. La troisième barre la communication vers le Douglas et le détroit supérieur, au-dessous de la dernière anse grêle.

L'écarteur de Gosset est alors placé. Une quatrième compresse est souvent nécessaire dans la partie supérieure de la gouttière pariéto-colique, évitant l'écoulement de pus vers le foie et les espaces sous-phréniques (le malade sera avec avantage placé en position légèrement proclive, les pieds plus bas que la tête, les tables basculantes rendent cela facile).

Exploration. - Appendicectomie :

Le magma constitué par l'appendice et les éléments inflammatoires qui l'entourent est facilement repéré. Il ne faut pas l'ouvrir n'importe comment : il faut chercher et enlever l'appendice. Ainsi on sera sûr d'avoir ouvert tous les abcès (Desgouttes).

Généralement, l'appendice se présente de lui-même. On le décolle d'un coup d'index, et on l'extériorise, pendant que l'aide aspire le pus des abcès.

Mais quelquefois on ne voit pas l'appendice d'emblée. Il ne faut pas décoller au hasard le cœcum adhérent, il faut chercher l'angle iléo-cœcal, et là, on voit l'implantation de l'appendice. On le sectionne, et en l'enlevant en rétrograde, on ouvre les abcès.

Rarement enfin, on ne trouve pas l'angle iléo-cœcal à sa place normale ou on ne trouve pas la base de l'appendice à l'angle iléo-cœcal (Obs. I, III, XI).

Il faut agrandir alors l'incision vers le haut et chercher dans la gouttière pariéto-colique, parfois jusque sous le foie, l'appendice en situation insolite.

Drainage (1) :

Le drainage est inutile quand l'appendice n'est pas perforé. Quand l'appendice est perforé, *même gangrené sans perforation*, avec abcès ou péritonite diffuse, escarres sur le péritoine, il faut drainer (Patel).

Le drainage de la gouttière pariéto-colique prête à quelques considérations de technique : on peut drainer à l'ordinaire par drains, avec mèches d'hémostase ou de cloisonnement s'il y a lieu d'exclure le foyer opératoire du grand ventre. Mais on peut

(1) DELBET. — *Annales Gynécologie*, juillet 1890. Drainage du péritoine.

aussi, appliquant un principe général de chirurgie abdominale, utiliser les dispositions anatomiques de la région pour l'exclure du grand péritoine : quelques points de suture fixant l'épiploon et le cœco-côlon à la lèvre interne de l'incision péritonéale, et l'exclusion est réalisée, comparable à la péritonisation du petit bassin après intervention gynécologique.

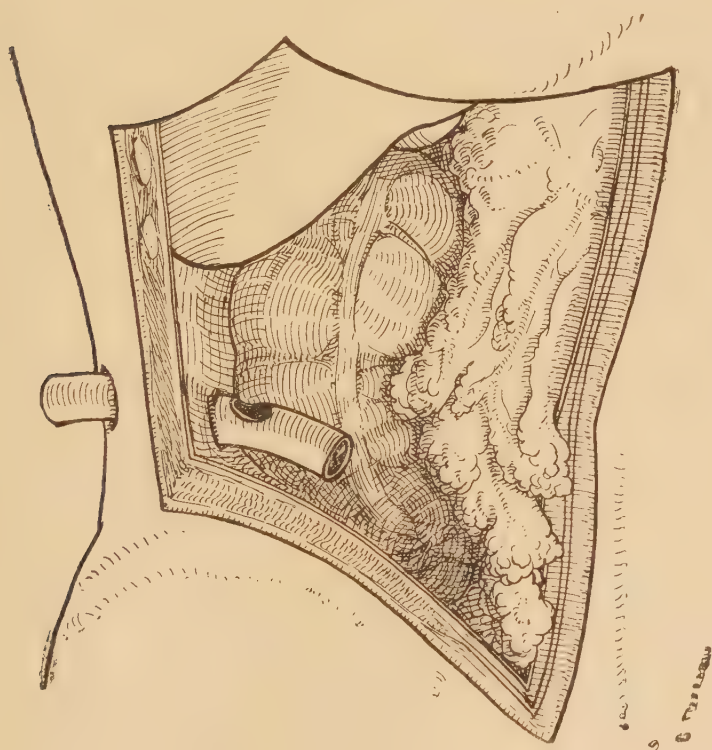


FIGURE 4.

*Drainage de la gouttière pariéto-colique.
Drain par contre-ouverture lombaire.
(d'après M. COLSON).*

La gouttière pariéto-colique ainsi exclue peut être drainée soit par l'incision antérieure, soit par une contre-ouverture sus-iliaque (Obs. I, III, IV, V, IX, X).

Ce dernier procédé permet de fermer les plans séro-musculaires de l'incision antérieure et de guérir les malades sans éventration, tout en drainant de très volumineux abcès (Observations I, IV, VI, VII, XI). Clavel, qui a eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer l'exclusion de la gouttière pariéto-colique, a obtenu des résultats satisfaisants. On évite ainsi au maximum les suites compliquées de péritonites diffusantes, d'occlusions précoces (1), et d'éventrations.

Le schéma II, dû à l'obligeance de M. Colson, représente ce drainage et montre les conditions dans lesquelles il doit s'effectuer.

(1) Les chirurgiens qui placent correctement leurs compresses au cours des appendicectomies à chaud et évitent ainsi la souillure des anses grêles, ignorent les occlusions post-opératoires précoces qui font le désespoir de beaucoup d'autres.

CONCLUSIONS

I. — La gouttière pariéto-colique droite est un long couloir placé entre le cœco-côlon ascendant et le péritoine pariétal de la région iléo-lombaire.

Des moulages montrent son extrémité supérieure trifurquée s'ouvrant à la fois

dans l'espace sous-hépatique

dans l'espace rétro-hépatique

dans l'espace interhépatodiaphragmatique.

En bas, la gouttière s'ouvre dans le grand péritoine et la cavité pelvienne.

Le point déclive de la gouttière est placé dans la région lombaire, au ras du bord supérieur de la crête iliaque, sur un sujet en décubitus dorsal.

II. — L'appendice peut se trouver partiellement ou entièrement contenu dans la gouttière pariéto-colique, soit à la suite d'une augmentation de sa longueur, soit à la faveur d'une anomalie de descendance et de fixation de l'appareil iléo-cœcal.

III. — L'appendicite dans la gouttière pariéto-colique droite, qu'il ne faut pas confondre avec l'appendicite rétro-cœcale, présente quelques particularités cliniques et opératoires.

IV. — Au point de vue clinique, les points douloureux sus-iliaque, juxta-spinal (proche de l'épine iliaque antéro-supérieure) permettent de prévoir ce siège de l'appendicite auquel correspondent des abcès pariéto-coliques

hauts : sous-hépatiques ;

moyens : sus-iliaques ;

bas : pariéto-cœcaux.

Certaines de ces appendicites ont tendance à être cliniquement latentes.

V. — Au point de vue opératoire, les dispositions anatomiques se prêtent admirablement, par suture du cœcum et de l'épiploon au péritoine pariétal antérieur, à l'exclusion de la gouttière pariéto-colique droite. Cette gouttière ainsi exclue du grand péritoine peut être drainée par voie antérieure ou par voie sus-iliaque au point déclive lombaire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 Octobre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

NOTICE

Nous ne publierons pas, à cette place, un index bibliographique, n'ayant trouvé aucun travail se rapportant directement à la question de l'appendicite aiguë pariéto-colique.

Nous nous sommes contentés d'inscrire soit dans le texte, soit sous forme de notes les références des quelques ouvrages qui nous ont servi dans l'élaboration de ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie et rôle physiologique.	13
CHAPITRE II. — Observations	23
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	33
CHAPITRE IV. — Etude clinique	41
CHAPITRE V. — Etude thérapeutique	49
CONCLUSIONS	57
